



ANAMNESEBOGEN

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

dieser Fragebogen hilft uns, unsere Behandlung optimal auf Sie persönlich einzustellen. Er ist zum Beispiel deshalb wichtig, weil sich Medikamente oder Krankheiten gegenseitig beeinflussen können. Wir legen viel Wert auf unser persönliches Gespräch. Es soll durch den Fragebogen nicht ersetzt werden. Mit Hilfe des Fragebogens gewinnen wir zusätzlich Zeit für Sie. Bitte beantworten Sie die Fragen sorgfältig. Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Tel. privat: _____

Tel. mobil: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

Arbeitgeber, Ort: _____

Tel. Arbeitsplatz: _____

Krankenkasse: _____

Wenn Sie nicht selbst Krankenversicherungsmitglied sind, wer ist Versicherter?

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Wer soll die Rechnung erhalten?

Name: _____

Anschrift: _____

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Weswegen begeben Sie sich in Behandlung?

Haben Sie Zahnschmerzen? ja nein

Blutet Ihr Zahnfleisch? ja nein

Fand eine Röntgenuntersuchung statt? ja nein

Wünschen Sie über künstliche Zähne

(Implantate) aufgeklärt zu werden? ja nein

Sind Ihnen ästhetisch schöne Zähne wichtig und möchten Sie darüber eine Beratung? ja nein

Möchten Sie telefonisch an den nächsten Kontrolltermin erinnert werden? ja nein

Bestehen gesundheitliche Risiken?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche?

Haben Sie einen Allergiepass oder reagieren Sie überempfindlich auf bestimmte Stoffe? ja nein
Wenn ja, auf welche?

Haben Sie Gerinnungsstörungen? ja nein

Haben Sie eine Herz-/Kreislaufkrankung? ja nein

Sind Sie HIV positiv? ja nein

Haben Sie Hepatitis B? ja nein

Haben Sie Hepatitis C? ja nein

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor? ja nein

Haben Sie eine Magen-/Darm- oder Nierenerkrankung? ja nein

Leiden Sie unter Migräne? ja nein

Haben Sie grünen Star? ja nein

Sind Sie schwanger? ja nein
Wenn ja, in welcher Woche? _____ Woche

Ich bestätige, vorstehende Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____